様式第二(第二十八条関係)

○○都道府県国民健康保険
特別療養証明書

有効期間　　年　月　日から　　年　月　日まで

交付年月日　　年　　月　　日交付

世帯主	氏名		
	住所		
受給者の氏名	氏名 生年月日	年　月　日生	男・女
	現住所		
	一般被保険者・退職被保険者等の別	1　一般被保険者　2　退職被保険者 3　2の被扶養者	
交付者	所在地		
	保険者番号、名称及び印		

保険医療機関等の名称及び保険医等の氏名 / 療養給付の記録	名称	氏名
傷病名		
開始年月日	年　月　日	年　月　日
入院年月日	年　月　日	年　月　日
終了年月日	年　月　日	年　月　日
転帰		
請求金額	円	円

備考　この用紙は、B列5番とすること。